Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Ernst Thieme,
approbierter Arzt.

Referent: Prof. Dr. Voelcker.
Tag der Promotion: 12. Mai 1920.

Halle a. d. S. 1920
Buchdruckerei des Waisenhauses

Die neurogenen Arthropathien und ihre chirurgische Behandlung.

Im ersten Teil der Arbeit beschäftigt sich Verfasser mit dem klinischen Bild der neurogenen Arthropathien, wie sie bei Tabes, Syringomyelie, Paralyse, Spina bifida, Wirbelsäulenverletzung usw. vorkommen. Im besonderen zeichnet er nach den neueren Untersuchungen das Röntgenbild und bringt im Anhang zur Illustration die Röntgenbilder seiner eigenen Fälle.

Im Anschluß daran wird die pathologische Anatomie dieser Gelenkaffektionen besprochen. Unter Verwendung der gesamten hierüber existierenden Literatur kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß die anatomischen Erscheinungen noch völlig ungeklärt sind. Das Bild zeigt bei den meisten Autoren in der Qualität keinen Unterschied gegenüber der Osteoporose und Rarefikation, wie sie auch bei anderen Zuständen vorkommen. Besondere Merkmale sind nicht vorhanden. Leider ist das Bild fast immer durch sekundäre Eiterungen kompliziert. Kurz wird dabei eingegangen auf den seit Virchow tobenden Streit über die Analogie der neurogenen Arthropathien und der Arthritis deformans. Auch hierin ist bis heute keine befriedigende Lösung gefunden. Neuere Autoren wollen beide überhaupt auf eine Basis zurückführen und nur einen quantitativen Unterschied feststellen.

Der folgende Teil ist dem Vergleich der Gelenkaffektionen bei den einzelnen Grundkrankheiten gewidmet, und er zeigt die völlige Übereinstimmung, weshalb sie mit Recht von Gelenkerkrankungen anderer Ätiologie abgesondert und in der Gesamtheit als neurogene bezeichnet werden.

Ein anderer Abschnitt ist der Arthropathie als Frühsympton gewidmet. Unter Anführung einer Anzahl Fälle der Literatur und eines eigenen Falles (Röntgenbild), geht Verfasser näher auf diese Verhältnisse ein. Wie bei Tabes, so kommen sie auch bei Syringomyelie vor.

Dann bespricht Verfasser die Differential-Diagnose gegenüber Gelenkerkrankungen anderer Art und die Pathogenese. Unter Berücksichtigung der gesamten Literatur werden die vielen Hypothesen gesichtet und in zwei Grundideen geschieden, in die mechanische und die neuropathische. Es werden Klärungsversuche beider Lager angeführt und gezeigt, daß die eine wie die andere in gewissen Grenzen ihre Berechtigung hat, daß der Mittelweg wohl das Richtige ist. Näher eingegangen wird auf Versuche von Gaule (1893),

die die alte Charcotsche Theorie betreffs der trophischen Centren wieder aufleben lassen. Die angeführten Resultate Gaules sind in der gesamten Literatur noch nicht verwandt. Leider konnte nicht festgestellt werden, ob sie fortgeführt wurden. Auch diese Seite der Arbeit zeigt die Unklarheit, die noch über dem Charakter der Affektion schwebt.

Im letzten Teil wird die Behandlung besprochen. Interne Maßnahmen scheiden aus. Wohl kann man bei Tabes eine antiluetische Kur (Neosalvarsan) einleiten, einen Einfluß auf das Gelenkleiden selbst wird man nie erzielen. In Frage kommt nur die orthopädische und die chirurgische Behandlung. An der Hand von 95 Fällen der Literatur und 11 eigenen werden die Resultate besprochen. Konservativ-orthopädische Maßnahmen und chirurgische Eingriffe werden einander gegenübergestellt. Dabei findet eine Scheidung in ältere und neuere Fälle statt. Die Trennung liegt ungefähr um 1900, also zu Beginn der Verwendung der Röntgenstrahlen in der Klinik. Um diesen Zeitpunkt herum bahnte sich in bezug auf die Ergebnisse der Therapie eine entscheidende Wendung an, die dann 1914 durch Oelecker voll in Erscheinung trat. Die alten Fälle zeigen die völlige Unzulänglichkeit der Operationen. Nicht nur Arthrotomie und Arthrektomie versagen, sondern auch die Resektion. Die Folge des mißglückten Eingriffes war in den meisten Fällen die sekundäre Amputation. Die Autoren mußten zu dem Urteil des „Noli me tangere“ kommen. Daher ist für diese Periode die große Zahl der primären Amputation charakteristisch. Die einzig aussichtsreiche Behandlung blieb die der Apparate. Hier wurden von Ahrens und anderen gute Erfolge erzielt. Entsprechend all diesen Umständen bestand die Indikation der damaligeu Zeit in möglichst konservativer Therapie. Sollte blutig vorgegangen werden, dann lieber gleich radikalster Eingriff, die primäre Amputation.

Ein ganz anderes Bild zeigen die späteren Fälle. Konservative Maßnahmen, wie Punktionen, Kompressionen usw. allein versagen auch hier und kommen nur in Vereinigung mit der Apparatbehandlung in Frage. Dort können sie Gutes leisten.

Arthrotomie und Arthrektomie kommen nur ausnahmsweise bei Hüft-Gelenkerkrankungen in evtl. Verbindung mit einer Stützmaschine in Frage. Für alle anderen Gelenke gilt nur die Resektion, für Hand- und Fußgelenk die primäre Amputation. Oelecker bildete die Resektion für diese Fälle besonders aus. Ausgehend von dem Standpunkt, daß die Mißerfolge letzterer Autoren auf nicht genügende Befestigung der operierten Gelenke zurückzuführen ist, versuchte er durch besondere Gestaltung der Gelenk-

körper eine möglichst starre Fixation, dabei erreichte er gleichzeitig eine Sparung der Länge an den unteren Gliedmaßen. Unter Berücksichtigung der Ausdehnung und Form der Zerstörung bildete er Mulden, treppenartige Absätze usw. und bolzte mit anderen Knochenstücken. So wurden die Fragmente schon bei der Operation genügend fixiert. Eine weitere wichtige Bedingung ist die sofortige, unbedingt sichere Feststellung durch Gipsverband und möglichst frühzeitige Belastung. So erzielte er glänzende Erfolge, wenn auch die Konsolidation in einigen Fällen erst nach Monaten eintrat. An Hand von Röntgenbildern konnte Oelecker nicht nur Stillstand des Prozesses, sondern auch völlige Heilung nachweisen. So verschwanden z. B. periartikuläre Knochenneubildungen vollständig. Unter den eigenen Fällen sind ein Knie- und zwei Hüftgelenksresektionen mit gutem Erfolg blutig behandelt. Der Eingriff am Kniegelenk wurde typisch ausgeführt und zeigte noch Jahre danach eine gute Funktion des Beines. Er war unabhängig von den Oeleckerschen Veröffentlichungen behandelt worden.

Für den Fuß kommt nur die osteoplastische Amputation in Frage. Wegen der besonderen Verhältnisse in der Druckmechanik des Fußgelenkes leistet die Resektion nichts. In den meisten Fällen kommt auch hier die atypische Ausführung der osteoplastischen Amputation in Frage. Hauptsache ist genügende Fixation der Calcaneuskappe.

Über Operationen an der oberen Extremität ist in der neueren Literatur nichts berichtet. Verfasser empfiehlt auch hier für Schulter- und Ellbogengelenk die atypische Resektion mit dem Ziel der unbedingten Konsolidierung in der funktionell günstigsten Stellung. Für Hand und Handgelenk kommt nur die Amputation in Frage.

Die allgemeine Indikation hat Rücksicht zu nehmen auf den Allgemein-Zustand des Kranken. Von vornherein aussichtslose Fälle wegen fortgeschrittenem Grundleidens, hochgradigem Marasmus sind unberührt zu lassen. Psychische Symptome, Blasenlähmung erschweren die Nachbehandlung und verhindern meist die Konsolidation. Zu berücksichtigen ist der Umstand, ob dem Patienten mit dem Eingriffe überhaupt noch genutzt werden kann. Möglichst frühzeitige Operation bietet Aussicht auf günstigsten Erfolg.

Wenn auch das Hauptgebiet der orthopädischen Behandlung bleiben wird, so zeigen doch diese Resultate, daß der Satz des „Noli me tangere“ nicht mehr zu Recht besteht, und daß durch den chirurgischen Eingriff recht gute Erfolge, ja völlige Heilung erzielt werden kann.